



Fecha: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Apellido Nombre Segundo Nombre

Direccion _____

Teléfono celular (____) _____

Calle número de apartamento

Teléfono de casa (____) _____

Ciudad Código Postal

Teléfono de trabajo (____) _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Se le puede contactar por Correo electrónico? _____ Prefiere ser contactado por medio de correo electrónico? _____

Correo Electrónico _____ Tiene seguro médico? Si _____ No _____

Si usted no está registrado para votar en donde vive en este momento , le gustaría registrarse para votar el día de hoy? (Por favor cheque una casilla)

- Estoy registrado para votar en mi dirección actual, ó no soy elegible para registrarme y votar y no necesito una aplicación
- Si, me gustaría aplicar y registrarme para votar. (Por favor llene el formulario de registración para votar)
- No, no quiero registrarme para votar

Si No Por favor indique Si ó No a las siguientes preguntas:

___ ___ Está su compañero con usted el día de hoy?

___ ___ Está tomando alguna medicina? Si la respuesta es si, por favor enliste _____

___ ___ Es usted alérgico a alguna medicina? Si la respuesta es si, por favor enliste _____

Como le gustaría identificar su sexualidad?

___ Heterosexual ___ MSM ___ Hombre Gay ___ Lesbiana ___ Bi-Sexual ___ Otro

Cuando fué la última vez que tuvo sexo con alguien? _____

Que productos de tabaco usa? _____ Con que frecuencia? _____

Enliste cualquier problema que tiene su compañero (s) en este momento _____

Que hace para prevenir infecciones transmitidas sexualmente (ITS) ó VIH? _____

Mujeres solamente:

Cuál fué el primer día de su último período menstrual? _____

Fué un período normal para usted? Si _____ No _____

Son sus períodos regulares? Si _____ No _____